4 34

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

155

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves Lebreton

né le 23 septembre 1903 à Combourg (I.et.V)

LES TRICHOPHYTIES SUPPURÉES ET LEUR TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SOLUTION IODO IODURÉE DE LUGOL

Président : E. JEANSELME Professeur

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves Lebreton

né le 23 septembre 1903 à Combourg (I.et.V)

LES TRICHOPHYTIES SUPPURÉES ET LEUR TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SOLUTION IODO IODURÉE DE LUGOL

Président : E. JEANSELME Professeur

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE ET Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1928

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Clinique médicale	CARNOT BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique urologique	TERRIEN LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique chirurgicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Hydrologie médicale	VILLARD
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes aveugles.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, LE DOCTEUR LEBRETON

Qui nous a inspiré le goût de notre belle carrière et dont nous nous efforcerons de suivre le noble exemple.

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒUR

Faible témoignage de ma vive affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A Mdnsieur le Professeur BODIN

Professeur de Clinique dermatologique et de Bactériologie
à l'Ecole de Médecine de Rennes
Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont nous avons été l'interne.

A Monsieur le Professeur DAYOT

Professeur de Clinique chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes
Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont nous avons été l'externe.

A Monsieur le Professeur CHEVREL

A Monsieur le Professeur LAUTIER

A TOUS MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DE L'HOTEL-DIEU DE RENNES

A Monsieur le Docteur Paul RAVAUT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Professeur JEANSELME

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques

à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON JURY DE THÈSE

INTRODUCTION

Sept années se sont écoulées depuis que le Docteur Paul Ravaut publia sa première observation de trichophytie suppurée guérie par les injections intraveineuses de la solution de Lugol. Aprement discutée au début, sa méthode est maintenant universellement employée. Nous avons eu l'occasion de traiter ainsi quelques malades pendant les années que nous avons passées dans le service du Professeur Bodin, à l'Hôtel-Dieu de Rennes. Il nous a paru intéressant de faire un résumé d'ensemble de cette question et de montrer les excellents résultats du traitement de Ravaut dans de nombreuses observations. Bien que les applications thérapeutiques de la solution de Lugol soient celles de l'iodothérapie, nous nous bornerons à étu-

dier le traitement des trichophyties suppurées, qui constitue la partie vraiment originale. Après avoir fait l'historique de la médication iodée en mycologie, et un rapide exposé clinique, nous entrerons dans le vif de notre sujet et parlerons de la méthode de Ravaut, de son principe, de sa technique, de ses résultats. Enfin et surtout, nous donnerons des observations.

Mais, avant d'aborder notre travail, il nous reste un devoir bien doux à remplir : remercier ceux qui nous ont aidé dans sa réalisation.

M. le Professeur Bodin, après avoir guidé nos premiers pas dans la spécialité de la Dermatologie, nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre attachement pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Qu'il nous soit permis d'adresser à M. le Docteur Paul Ravaut l'expression de notre respectueuse gratitude pour le bienveillant accueil qu'il nous a réservé et les précieux conseils qu'il nous a donnés.

Enfin, nous tenons à exprimer à M. le Professeur Jeanselme nos vifs remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE LA MEDICATION IODEE EN MYCOLOGIE

C'est l'actynomycose qui la première bénéficie de la médication iodée sous forme de bromure de potassium. En 1885, Thomassen, d'Utrecht, l'emploie avec succès sur les bovidés, à l'Ecole Vétérinaire de Liége. Sept ans plus tard, Nocard reprend les expériences de Thomassen et obtient même quatre guérisons chez l'homme. Puis Van Itersen, de la Faculté de Leyde, Meunier, Netter, Salzer d'Utrecht, Vitringa de Zwolle, Buzzi et Galli publient de si nombreuses et si remarquables observations que l'on croit pendant quelques années avoir trouvé un médicament spécifique absolu contre l'actinomycose. Mais une réaction ne tarde pas à se faire nettement sentir. Enfin, Poncet et Bérard, après leur admirable étude de l'affection, amènent les esprits à une plus juste conception des choses. Ils montrent que si l'iodure

a une réelle action curative dans les cas récents, relativement superficiels et non ramollis, il ne peut être dans les autres cas qu'un adjuvant du traitement chirurgical.

Notons en passant un essai d'administration de l'iodure par la voie interstitielle. En 1896, le Docteur Rydygier, de Cracovie, obtient la guérison d'un jeune étudiant atteint d'actinomycose en introduisant l'iodure sous la peau, alors qu'il avait échoué dans le traitement *per os*. La méthode n'est pas suivie, sans doute parce que douloureuse.

A mesure que s'étend le domaine de la mycologie, les indications de l'iodure se multiplient.

En 1902, de Beurmann et Gougerot étudient la sporotrichose découverte par Shenk en 1896. Les sporotrichums se montrent très sensibles à l'iodure, et Gougerot fixe les règles du traitement ioduré ,qui seront désormais suivies pour toutes les mycoses.

L'aspergillose et les blastomycoses sont très peu influencées par ce traitement.

Au contraire, l'oosporose et l'hémiporose, découverte en 1908 par MM. Gougerot et Caraven, guérissent comme la sporotrichose.

Jusqu'en 1916, on n'avait employé que l'iodure par la bouche, exception faite de l'essai de Rydygier.

A ce moment, quelques auteurs vont chercher à améliorer les résultats en changeant la voie d'introduction ou même la préparation.

En 1916, M. Cartier, après échec de l'iodure, utilise avec succès l'huile iodée en injection intraveineuse pour lutter contre une blastomycose due au cryptococcus de Rivalta, qui faisait de grands ravages parmi les chevaux de l'armée française.

M. Clément Simon reste, au contraire, fidèle à l'iodure et, dans une note à la Société des Hôpitaux, en novembre 1917, il décrit une technique pour son administration par voie veineuse, mais sans en préciser les indications.

Avant 1920, les dermatomycoses, dont les trichophyties, n'ont pas bénéficié de la médication interne.

Après la publication de M. Ravaut, M. Sabouraud a dit avoir employé à plusieurs reprises les iodures alcalins comme adjuvant du traitement des trichophyties suppurées. Mais les résultats obtenus n'ont pas dû être concluants, car il n'a rien publié.

C'est donc bien à M. Ravaut que revient le mérite d'avoir institué le traitement interne des trichophyties.

Reprenant une méthode de Bœhm et de Baccelli, mise en valeur par Spolverini en 1907, M. Ravaut avait eu l'occasion d'employer la solution de Lugol en injection intraveineuse au cours de l'épidémie de grippe de 1918. Ayant constaté les bons résultats et l'inocuité de la méthode dans la grippe pulmonaire, puis dans la lymphogranulomatose, M. Ravaut n'hésite pas, en 1920, à l'employer dans un cas de

kérion rebelle aux traitements classiques. Le succès obtenu l'encourage dans cette voie et, à l'observation princeps de 1921, viennent bientôt s'en ajouter d'autres qui consacrent définitivement la méthode.

Entre temps, d'autres auteurs confirment les résultats de M. Ravaut. Ce sont, en France, MM. Jeanselme et Burnier ; en Italie, Ronchèse, Maderna et Ramorino. Les observations du Professeur Bodin que nous publions plus loin concluent dans le même sens.

Bientôt, cette « petite révolution apportée dans le traitement des maladies causées par les champignons », suivant le mot de M. Clément Simon, dépasse les limites des trichophyties suppurées.

Les auteurs italiens ci-dessus guérissent des trichophyties érythémato-squameuses.

MM. Dong-Ngoc-Dieu et Millous emploient avec succès ce traitement contre des dermatomycoses indochinoises rebelles : tokelau, eczéma marginé, teigne dépigmentaire à bords circulaires de Mouzels et tinea flava.

Dans la sporotrichose elle-même, la solution de Lugol se montre plus active que l'iodure, et MM. Ferrand et Rabeau présentent, en 1923, à la Société de Dermatologie, un malade atteint de sporotrichose verruqueuse et végétante du nez, guéri en trois injections de 10 cc. de lugol. Il est probable qu'il en est de même dans l'actinomycose.

Ausi, pour terminer ce rapide exposé historique, nous pouvons affirmer que la méthode de M. Ravaut constitue le plus grand pas qui ait été fait depuis Thomassen dans le traitement interne des mycoses.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE DES TRICHOPHYTIES A DERMITE PROFONDE

Dans cet exposé, nous laissons complètement de côté les trichophyties superficielles d'origine humaine, dues à des trichophytons endothrix (1). Sauf exceptions sur lesquelles nous reviendrons, ces trichophytons ne causent en clinique que la tondante de l'enfant et quelques cercles érythémato-squameux de la peau glabre.

Nous ne nous occuperons que des trichophyties à dermite profonde, dont le Professeur Bodin vient d'exposer la question dans un article récent et qui sont seules justiciables de la méthode de M. Ravaut.

ÉTIOLOGIE

Les trichophyties à dermite profonde sont dues à des parasites d'origine animale. Signalons cependant

des exceptions : d'une part quelques observations de kérions dues au T. violaceum, d'autre part un trichophyton néoendothrix, le crérbriforme, donne à la barbe des lésions suppurées.

M. Sabouraud divise les espèces trichophytiques provenant des animaux de la façon suivante :

I. — *Trichophytons microïdes :*

a) T. gypseum (6 espèces) ;

b) T. niveum (3 espèces).

II. — *Trichophytons mégaspores :*

a) T. à culture duveteuse (3 espèces) ;

b) T. faviformes (3 espèces).

.....

(1) Nous avons adopté ici la classification de M. Sabouraud, la seule pratique au point de vue technique. Actuellement, la plupart des mycologues, avec MM. Ota et Saugeron, rangent les champignons des teignes ou closterosporés dans les coniodiosporés, parmi les hyphomycètes.

Voici, d'après ces auteurs, la clasification des closterosporés :

Aleuries typiques isolées ou en bouquet :
- des fuseaux et des organes accessoires.. Sabouraudités.
- pas de fuseaux ..... Trichophyton.

Aleuries imparfaites isolées :
- des fuseaux nombreux et typiques.... Epydermopyton.
- pas de fuseaux :
  - arthrospores typiques en chaînette. Bodinia.
  - arthrospores typiques et organes accessoires ..... Grubyella.
  - arthrospores imparfaits .....Endodermophyton.

MM. Ota et Saugeron. *Nouvelle classification des Dermatophytes.* (Annales de Parasitologie humaine et comparée, I, n °4, octobre 1923, p. 303-336.)

La caractéristique de ce groupe très important, c'est la situation extra et intrapilaire des éléments parasitaires : ils sont endoectothrix. Ils envahissent le poil et aussi sa gaine folliculaire.

Le premier groupe, celui des microïdes, se distingue par la petitesse des spores, qui n'atteignent pas plus de 2 à 3 μ. Ne serait l'aspect polymorphe et en « chapelet sporulaire » au lieu de « mosaïque », le diagnostic serait impossible avec le microsporon.

Les mégaspores en diffèrent par les dimensions et l'irrégularité des pores, qui atteignent de 2 à 8 μ de diamètre.

L'examen microscopique permet donc de préciser le groupe auquel appartient le parasite ; la culture seule peut en déterminer l'espèce.

Contrairement à la trichophytie humaine qui ne se rencontre que chez l'enfant, la teigne trichophytique animale s'observe à tous les âges. La contagion peut se faire d'homme à homme, mais le plus souvent l'homme est contaminé par un animal malade. Asusi rencontrerons-nous plus souvent les trichophyties à dermite profonde chez les gens qui sont en rapports constants avec des animaux, et en particulier à la campagne.

On comprend aussi sans peine que la localisation se fait habituellement aux parties découvertes : tête, cou, avant-bras, mains.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tous les trichophytons d'origine animale déterminent chez l'homme des lésions éruptives inflammatoires, avec dermite profonde, caractérisée par une infiltration plus ou moins marquée de polynucléaires, de mononucléaires et de plasmazellens dans les couches du derme.

Si le processus s'exagère, les polynucléaires affluent dans les follicules pilaires et l'on assiste à la formation d'une petite collection purulente qui s'évacuera soit en surface, éliminant avec son contenu le poil parasité et détaché de la papille génératrice, soit dans l'épaisseur du derme, où elle donnera un véritable petit abcès profond.

Quand ces folliculites suppuratives sont nombreuses, elles se fusionnent et s'agglomèrent en une sorte de gâteau dans lequel elles sont toutes réunies par leur zone inflammatoire périphérique et qui est le kérion.

Si le processus suppuratif est intense et prolongé, il y a destruction du follicule et de la papille pilaire, d'où alopécie définitive.

SYMPTOMES

Les trichophyties d'origine animale, dans leur inoculation à la peau, se présentent sous deux formes

principales : les trichophyties sèches, érythémato-squameuses ou herpès circiné et les folliculites agminées trichophytiques qui nous intéressent particulièrement.

Herpès circiné

E. Besnier n'en décrivait pas moins de neuf variétés. Avec le Professeur Bodin, on peut les ramener à deux types principaux.

Le début se fait dans tous les cas par une petite tache rosée, surélevée et squameuse, siège d'un prurit modéré qui s'étend excentriquement et progressivement en conservant toujours la forme d'un cercle parfait. A ce moment, l'aspect objectif devient différent.

Dans un premier cas, au bout de quinze jours en moyenne, le cercle trichophytique mesurant 5 centimètres de diamètre présente une partie centrale légèrement déprimée, jaunâtre ou grisâtre. La périphérie ou zone d'activité est constituée par une série de petites élevures rouges, cohérentes, recouvertes de fines squames surfuracées et formant une bande rouge de 2 à 3 millimètres de large, à bordure externe bien nette, à limite interne moins précise.

Souvent, sur cette bande érythémato-squameuse, se voient de petites micropustules contenant un liquide louche ou même purulent, qui se dessèchent en formant de minces croûtelles grisâtres ou jaunâtres.

A la palpation, la lésion présente une infiltration nette. Les phénomènes subjectifs sont nuls ou peu marqués : léger prurit.

Dans le second cas, la zone d'activité ne se borne pas à la périphérie, mais toute la lésion est érymato-squameuse, couverte de vésico-pustules, pouvant aller jusqu'à prendre un aspect presque impitigineux.

Ces lésions peuvent acquérir de grandes dimensions, former des placards à bords polycycliques, mais les caractères principaux restent les mêmes.

A la barbe et au cuir chevelu, les poils sont envahis en grand nombre, mais pas tous. Ils deviennent fragiles et se cassent soit au niveau de l'orifice pilaire, apparaissant alors comme une sorte de point grisâtre, soit à 2 ou 3 millimètres de l'émergence, offrant souvent à sa base une sorte de collerette grise.

Folliculites agminées trichophytiques ou Kérion

Nous arrivons ici à la forme suppurée qui est l'indication capitale de la méthode de M. Ravaut.

Aussi nous y arrêterons-nous un peu plus longuement.

La lésion typique est le « Kérion de Celse », appellation réservée en théorie à la localisation au cuir chevelu, mais que l'on emploie souvent quel que soit le siège.

Le début se fait toujours par des manifestations superficielles de trichophytie érythémato-squameuse, et les cas où la phase de folliculites serait apparue d'emblée sont assez rares pour qu'un observateur tel que E. Besnier n'en ait jamais rencontré dans sa longue pratique. M. Sabouraud, dans son admirable ouvrage sur les «Teignes », fait remarquer que si le kérion d'emblée existe, ce serait plutôt au niveau des parties glabres.

En six à huit jours, les lésions arrivent à la phase de folliculites agminées. Celle-ci s'annonce par l'apparition de nombreuses pustules blanc jaunâtre ; sur le cercle érythémato-squameux, l'allure devient de plus en plus inflammatoire, en même temps que le relief s'accuse, et la lésion prend son aspect caractéristique de kérion, qui est, d'après la définition de M. Sabouraud, « un placard rond ou ovale de folliculites trichophytiques contigues ».

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire la description qu'en donne le Professeur Bodin dans un article déjà cité :

« Ce qui frappe surtout, c'est le relief que forment ces folliculites et leur apparence de macaron arrondi, de dimension variable, 3, 5, 6, 8 centimètres de diamètre, paraissant collé sur la peau par sa surface plane.

« Ses bords sont absolument nets, marqués par une ligne au-delà de laquelle les téguments sont sains. Ils s'élèvent en pente rapide, comparables à un talus plus ou moins haut selon les cas, mais toujours très

saillants, susceptibles d'atteindre 5, 6, 8 millimètres au-dessus de la surface cutanée. Quant à sa partie centrale, c'est une calotte hémisphérique, rouge et criblée de vésico-pustules, les unes remplies de pus, les autres ouvertes et laissant un petit orifice par lequel on peut faire sourdre à la pression un liquide purulent. Quand ce liquide se concrète, il donne naissance à des croûtes jaunâtres, peu adhérentes, irrégulières, craquelées par places, et dans l'intervalle desquelles on distingue les pustules.

« Au palper, l'ensemble de la lésion donne une sensation de mollesse pseudo-fluctuante qui pourrait en imposer pour une collection liquide et entraîner une ouverture sans résultat, car il s'agit ici de folliculites agglomérées comme un véritable nid de guêpes. »

Tel est le kérion classique. Cette lésion peut être unique. Très souvent, on trouve dans le voisinage des folliculites aberrantes qui pourront s'agglomérer secondairement et donner des placards de folliculites multiples. Cette évolution est fréquente à la barbe et celle-ci peut être envahie presque complètement.

Les phénomènes subjectifs et généraux ne sont pas, la plupart du temps, en rapport avec l'allure inflammatoire des lésions. Cependant, dans certaines observations de M. Ravaut, correspondant à cet envahissement de la barbe que nous venons de signaler, on constate un œdème énorme avec réaction ganglionnaire intense, déterminant de vives dou-

leurs, un véritable trismus, et une gêne considérable des mouvements du cou, empêchant même l'alimentation. En même temps, il y a des phénomènes généraux assez graves : température à 39°, anorexie, frissons, etc...

ÉVOLUTION

D'après les auteurs classiques, en particulier M. Sabouraud, les folliculites agminées trichophytiques évoluent spontanément vers la guérison. Le pus est évacué des folliculites, il persiste un orifice suintant qui finit par se fermer, et le macaron s'affaisse irrégulièrement et inégalement à mesure que chaque follicule se vide. Au bout d'un certain temps, il ne reste plus qu'une cicatrice pigmentée et irrégulière, qui ne disparaît qu' après plusieurs mois et reste partiellement alopécique.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que plus la suppuration est intense, plus la guérison est aisée et rapide. Mais où les divergences se font jour, c'est lorsqu'il s'agit de préciser la durée exacte de l'évolution. De quelques semaines pour Thibierge, elle est de quelques semaines à quelques mois pour MM. Sabouraud et Darier. Pour M. Brocq, elle est fort longue : « Parfois, surtout à la barbe, il peut y avoir des complications d'abcès et de décollements, formation de *points d'attaque successifs* et persistance pendant des années. » Dans plusieurs observations que nous reproduisons, les lésions duraient

depuis des semaines et même des mois, malgré des traitements variés, sans qu'aucun symptôme puisse indiquer une guérison prochaine. « Ces faits nous montrent donc que les kérions ne guérissent pas toujours facilement ou même spontanément comme on se plaît à le répéter, et qu'il est impossible d'en prédire l'évolution. » (P. Ravaut.)

FORMES CLINIQUES SECONDAIRES

Nous avons décrit les formes les plus fréquentes des trichophyties animales. La localisation et l'espèce de trichophyton causal peuvent donner lieu à certaines formes particulières que nous allons passer rapidement en revue.

La constitution des couches épidermiques a une grosse influence sur l'aspect des lésions. Les trichophyties de la paume des mains et de la plante des pieds ont des caractères assez spéciaux sur lesquels nous ne pouvons insister. Signalons également les inoculations aux ongles.

Tous les trichophytons microïdes donnent des kérions. S'il en est de même pour la plupart des mégaspores, il y a cependant deux exceptions : le T. équinum de Matruchot et Dassonville, qui donne à la barbe des cercles érythémato-squameux sans réaction inflammatoire, et le T. rosaceum, qui cause la trichophytie à forme d'ichtyose pilaire.

Plus intéressantes pour nous sont deux formes de trichophytie de la barbe dans lesquelles le T. cérébriforme est le plus souvent incriminé :

1° Une forme impétiginoïde, qui présente des placards humides « recouverts de croûtelles jaunâtres comme de la poussière de résine » ;

2° La forme à laquelle M. Sabouraud réserve le nom de sycosis trichphytique (observation XXIII), et qui succède souvent à la précédente. « Il se forme dans l'épaisseur de la peau des séries de petits abcès oblongs, intra-cutanés, distinct les uns des autres, le plus souvent allongés dans le sens transversal. Ces abcès douloureux et d'évolution lente varient de la dimension d'un grain de blé è celle d'un noyau d'olive ; on peut en voir plusieurs disposés l'un au bout de l'autre et communiquant. La barbe en présente cinq à vingt ; même lorsqu'ils sont nombreux, ils restent distincts, sans que leur réunion ait jamais formé un cercle de kérion. » (Sabouraud.)

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la trichophytie à dermite profonde est aisé dans la plupart des cas.

Signalons, avec les auteurs classiques, les erreurs possibles entre l'herpès circiné et les syphilides circinées papulo-tuberculeuses, le médaillon initial du

pityriasis rosé de Gibert, la dermatose figurée médio-thoracique, certains psoriasis circinés. Ce sont là, nous le répétons, des diagnostics assez faciles pour le dermatologiste averti. L'hésitation pourrait être plus grande avec certains eczémas en placards circinés.

Le kérion est une lésion tellement spéciale que sur son seul aspect aucun dermatologiste ne peut méconnaître sa nature. On l'a cependant vu confondre avec une tuberculose ou un néoplasme. Le seul diagnostic un peu délicat est celui de folliculites mycosiques de la barbe avec certaines folliculites dues à des cocci-pyogènes, mais ici les pustules sont plus petites, plus uniformes, plus disséminées, et les poils ne sont pas altérés.

D'ailleurs, le laboratoire vient à notre secours dans les cas douteux.

La méthode la plus simple est l'examen des squames entre lame et lamelle dans une goutte de potasse caustique à 40 %, qui révèle l'existence de filaments myceliens.

On peut faire également l'examen des poils, mais la grosse difficulté est de trouver un poil malade dont le follicule n'ait pas encore suppuré. Comme le recommande E. Besnier, il faut chercher « autour et alentour ».

Enfin, actuellement, la méthode de choix semble être l'intradermo-réaction à la trichophytine, qui

est toujours fortement positive dans les formes suppurées.

Nous en avons fini avec l'histoire clinique des trichophyties à dermite profonde. Nous allons maintenant passe rà la question la plus intéressante : celle du traitement.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES TRICHOPHYTIES
NECESSITE DU TRAITEMENT INTERNE

Rien n'est plus facile que le traitement de l'herpès circiné. C'est le triomphe de la médication parasiticide externe, et ici l'alcool iodé au 1/5 ou au 1/4 est le topique de choix.

Entre temps, on panse avec une pommade au bioxyde jaune de mercure à 1 %, au soufre à 3 ou 5 %, ou même à l'acide chrysophanique. Ce traitement appliqué plus ou moins longtemps suffit dans tous les cas.

A la barbe ou au cuir chevelu, l'épilation radiothérapique suivant la technique d'Adamson n'est indiquée que dans les formes sèches sans réaction inflammatoire.

Le traitememnt classique des folliculites agminées diffère peu de celui de l'herpès circiné. La plupart

des auteurs, avec M. Sabouraud, emploient l'alcool iodé en badigeonnage local, après avoir fait tomber les croûtes par des pansements humides. D'autres auteurs, comme MM. Thibierge et Legrain, renoncent à tout topique actif et se bornent à appliquer des compresses d'eau bouillie en attendant l'évolution spontanée des lésions.

Celle-ci est, nous l'avons vu, loin d'être de règle comme on se plaisait à le répéter jusqu'ici. Elle est d'ailleurs toujours assez longue. Certaines observations de M. Ravaut montrent que des lésions, même traitées localement par des médecins compétents, n'avaient aucune tendance à la guérison après des semaines et même des mois. C'est ce qui l'amena à employer dans ces cas la solution de Lugol en injection intraveineuse.

Comme le font remarquer MM. Ravaut, Duval et Rabeau, « ce qu'il y avait de nouveau dans cette méthode, ainsi que le reconnaît d'ailleurs M. Sabouraud, ce n'était pas d'avoir injecté une solution iodo-iodurée dans les veines, mais d'avoir montré qu'il était possible, par un traitement purement et uniquement interne, de guérir rapidement et sûrement une affection à laquelle on n'appliquait jusqu'alors que des traitements externes. »

Depuis quelques années déjà, M. Ravaut s'était fait le champion de la médication interne en dermatologie. Il avait mis en pleine lumière une notion capitale dans la pathogénie des dermatoses, même

de celles dont l'origine externe est indiscutable : la notion du terrain. Les vieux médecins la connaissaient, mais elle avait été trop longtemps négligée, et c'est le mérite de M. Ravaut de l'avoir remise en honneur en 1920.

Pour agir efficacement contre ces dermatoses, il faut donc modifier le terrain qui a permis leur développement. « La thérapeutique purement externe n'est souvent qu'un expédient qui nous satisfait trop facilement ; ses succès parfois passagers risquent de détourner notre attention de la recherche du trouble humoral ou viscéral dont la manifestation cutanée n'est que le reflet.

« Négliger ce point de vue et ne considérer certaines dermatoses que de l'extérieur serait aussi irrationnel que de limiter la thérapeutique de l'urticaire ou de la syphilis au traitement externe de leurs manifestations cutanées. » (P. Ravaut.)

Depuis lors, M. Bruno-Bloch est revenu sur la nécessité de considérer les trichophytes suppurées comme une maladie générale analogue à la tuberculose. Voici ce qu'il disait dans un article paru en 1923 : « Plato, Neisser et Truffi ont pu montrer qu'un malade atteint de trichophytie réagissait par de la fièvre à l'injection d'extraits de champignons. Depuis mes nombreuses recherches personnelles ont démontré qu'on ne peut concevoir, comme on le supposait autrefois, que la trichophytie soit une affection pure-

ment locale, mais plutôt une maladie intéressant plus ou moins l'organisme tout entier. »

Nous avons signalé précédemment des troubles graves de l'état général avec grosse réaction fébrile qui accompagnent des kérions de la barbe. On est d'ailleurs frappé de l'analogie qui existe entre la cuti-réaction à la trichophytine et la cuti-réaction à la tuberculine.

En présence de ces faits, il est donc logique de traiter la trichophytie par la voie interne, et les résultats obtenus ont démontré la justesse de vue de l'auteur de la méthode qui fait l'objet de cette étude.

L'idée a fait son chemin depuis pour d'autres maladies, et c'est le même principe que M. Jausion a appliqué en insistant sur la nécessité du traitement interne de la blennhorragie, maladie générale, puisque la gono-réaction de Rubinstein est positive au dixième jour. Le tout est de posséder le médicament approprié. Dans la trichophytie, heureusement, nous en avons un : c'est l'iode, ainsi que nous le verrons plus loin.

CHAPITRE IV

LA SOLUTION DE LUGOL
POSOLOGIE — TECHNIQUE DES INJECTIONS
AVANTAGES ET INCONVENIENTS

Nous avons déjà signalé comment le Docteur Ravaut fut amené à employer l'iode contre les trichophyties suppurées. La solution dont il se sert est la solution iodo-iodurée dite de Lugol. En voici la formule :

Iode métallique.....	1 gr.
Iodure de potassium.....	2 gr.
Eau distillée	100 cc.

C'est de l'iode libre solubilisé par l'iodure de potassium. Rappelons que l'iodure n'entre ici qu'à titre de solvant, et sa quantité peut être ramenée sans inconvénient à 1 gr pour 100, à condition de laisser plus longtemps les substances en contact. Sans doute, la somme d'iode fournie par l'iodure n'est pas négli-

geable, et chaque centimètre cube de lugol ci-dessus contient en réalité 2 gr. 5 d'iode métallique.

Destinée à être administrée par voie veineuse, la solution doit être préparée aseptiquement et conservée dans des flacons ou ampoules stérilisés d'avance, car on ne peut la chauffer de crainte de voir l'iode se dégager sous forme de vapeurs.

Elle ne doit jamais être injectée pure, mais diluée dans au moins trois ou quatre fois son volume d'eau distillée ou de sérum physiologique. Il serait peut-être préférable d'utiliser une solution plus faible, comme l'ont fait MM. Bodin, Maderna, Dong-Ngoc-Dieu et Millous. Voici la formule qu'emploient ces auteurs :

Iode métallique.....	1 gr.
Iodure de potassium.....	2 gr.
Eau distillée	300 cc.

On doit commencer par des doses faibles, pour éviter les réactions locales et tâter la susceptibilité du malade. Puis on augmente progressivement les doses jusqu'à 10 centimètres cubes. Une dizaine d'injections faites tous les deux ou trois jours est en général suffisante pour amener la guérison des trichophyties suppurées.

Nous avouons ne pas attacher une importance capitale à la question de posologie. L'expérience nous a montré que de petites doses agissaient très bien sur les kérions ; dans les observations que nous avons

prises dans le service du Professeur Bodin, nous avons obtenu des résultats remarquables sans jamais dépasser la dose de 10 centimètres cubes de la solution à 1 pour 300. Maderna ne va même que jusqu'à 5 centimètres cubes.

Quant à la technique des injections, M. Ravaut recommande :

1° De faire une injection rigoureusement intraveineuse de la solution diluée ;

2° De mélanger la solution avec le sang du malade par des aspirations successives ;

3° De pousser lentement l'injection.

Nous reparlerons de cette importante question.

Est-il besoin de revenir maintenant sur les avantages de la solution de Lugol ? Couppey, dans sa thèse de 1922, inspirée par M. Ravaut, a longuement traité cette question. Après avoir passé en revue les différentes préparations iodées : albumine et tannoïdes iodés, huile iodée et iodures, il a montré les inconvénients de chacun, et pourquoi M. Ravaut avait fixé son choix sur la solution de Lugol. Nous n'insisterions pas, si, depuis lors, M. Sabouraud, à la Société de Dermatologie, en juillet 1923, et M. Clément Simon, dans le *Monde Médical* d'octobre de la même année, n'avaient mis en doute la supériorité du lugol sur l'iodure de potassium seul. Pour ces auteurs, « dans la solution iodo-iodurée, c'est surtout l'iodure qui agit. »

L'expérience seule pouvait répondre, et de nombreux essais comparatifs ont permis à M. Ravaut de conclure que sa façon d'administrer l'iode était de beaucoup la plus active. Cela tient sans doute, ainsi que l'a montré Couppey, à ce qu'on donne à l'organisme de l'iode libre dont l'action est immédiate, sans travail préalable de dissociation, dissociation qui est nécessaire pour que les iodures « se comportent en iodiques ». (Pouchet.)

Plus active, la solution de Lugol est aussi la mieux tolérée : les accidents d'iodisme sont « presque nuls, en tous cas très inférieurs à ceux de l'iodure ou autres préparations iodées. »

Le seul gros reproche que l'on ait fait à la méthode de M. Ravaut, c'est de déterminer chez la plupart des malades, au bout de huit à dix injections, une induration et une oblitération des veines. Spolverini a bien étudié cette induration, qui s'étend à quelques centimètres au-dessus du point d'injection. Des coupes histologiques lui ont montré « la présence d'une infiltration de petites cellules et d'une prolifération des éléments conjonctifs de la tunique moyenne et de l'adventice. L'endothélium ne semble pas altéré. » En somme, pas de lésions graves. D'ailleurs, la gêne fonctionnelle est à peu près nulle et en tous cas disparaît très vite. Cet inconvénient n'a pas une importance capitale en regard des bons résultats de la méthode. Il est cependant ennuyeux, et M. Ravaut et ses collaborateurs ont cherché à l'éviter

en employant diverses solutions. Actuellement, ils utilisent le lugol dilué dans une solution de glucose à 10 %. Les essais ont montré que l'on pouvait ainsi reculer le moment d'apparition de l'induration, mais on ne peut faire complètement disparaître celle-ci. La question est encore à l'étude.

Comme MM. Dong-Ngoc-Dieu et Millous, nous n'avons jamais observé cet incident dans le service de M. le Professeur Bodin, à l'Hôtel-Dieu de Rennes. Nous attribuons ce résultat heureux à deux choses : la dilution et la technique.

Comme nous l'avons dit ci-dessus, nous employons une solution à 1 pour 300 et nous la diluons encore par moitié dans l'eau distillée.

Pour toutes les injections de substances irritantes, thrombosantes, telles que le cyanure de mercure, la solution iodo-iodurée, notre maître nous a enseigné une technique rigoureuse dont nous nous sommes toujours bien trouvé. Le malade est couché ou assis, le bras bien appuyé sur une table assez haute pour que l'opérateur soit à son aise, sans trop se baisser. Après ponction de la veine, l'aiguille et la seringue étant solidement fixées de la main gauche, on fait subir au piston une série de mouvements de va-et-vient de faible amplitude, en poussant un peu plus chaque fois. L'injection doit durer au minimum trois minutes pour une dose moyenne. La solution est ainsi bien mélangée avec le sang et elle n'arrive qu'en quantité infime au contact des parois de la

veine. Lorsqu'on injecte un malade debout, la fatigue force à aller trop vite et la crainte de sortir de la veine, faute d'un appui fixe, empêche de faire un « barbottage » assez prolongé.

Nous nous excusons d'avoir insisté sur ces détails, mais nous leur accordons une telle importance que nous avons cru devoir nous y arrêter.

Nous ne nous sommes occupés jusqu'à présent que de l'administration de la solution de Lugol par voie veineuse. Evidemment, cette voie doit être préférée dans tous les cas où elle est possible. On peut également employer l'absorption *per os*, et ici encore le lugol se montre supérieur aux iodures.

On réservera la voie buccale pour les cas où l'autre est inutilisable, lorsque le malade présente des veines impossibles, lorsqu'il ne peut venir facilement chez le médecin, ou bien comme traitement de sécurité, les lésions étant presque guéries. On donnera le lugol de préférence au moment des repas, dans une boisson froide, lait, café au lait, vin, bière, etc... Les doses varieront de 5 à 60 centimètres cubes, c'est-à-dire d'une cuillerée à café à quatre cuillerées à soupe par vingt-quatre heures. On peut même aller jusqu'à 100 centimètres cubes. Les résultats sont également très bons, bien inférieurs cependant à ceux obtenus par les injections intraveineuses. Nous avons vu récemment, dans le service du Docteur Ravaut, un

malade chez qui on dut reprendre les injections que l'on avait cessées, les lésions restant stattionnaires malgré un traitement buccal.

Avant de passer aux observations, nous allons examiner sommairement les résultats obtenus.

CHAPITRE V

RESULTATS — MODE D'ACTION CONDUITE A TENIR

Nous dirons d'abord quelques mots des trichophyties cutanées érythémato-squameuses. Des médecins italiens, Ronchèse, Ramorino et surtout Maderna, ont publié de nombreuses observations de lésions de ce type guéries par la méthode de Ravaut. Ces résultats, controuvés par M. Sabouraud, n'ont pas été entièrement confirmés par les essais de M. Ravaut. Cependant, dans les observations de celui-ci, on constate la guérison sans traitement local de lésions à forme de trichophytie sèche accompagnant des kérions. Notre expérience personnelle ne nous permet pas de prendre parti. Les résultats des auteurs ci-dessus sont intéressants. Nous pouvons dire que si dans la plupart des cas le traitement local suffit et doit être préféré parce que plus simple, il n'en reste pas moins que le traitement interne peut être un

adjuvant précieux, et le médecin pourra y recourir avec fruit devant des lésions particulièrement tenaces.

Le point de vue change du tout au tout lorsqu'il s'agit de formes suppurées : folliculites agminées ou kérion, folliculites isolées s'accompagnant d'œdème inflammatoire, sycosis trichophytique. Le traitement interne par l'iode se montre incontestablement supérieur par son efficacité et la rapidité de son action à n'importe quel traitement local. Nous avons vu comment on doit appliquer la méthode de M. Ravaut. Voyons maintenant les résultats.

Chez la plupart des malades, mais pas chez tous, on constate, après la première ou la seconde injection, une réaction locale comparable à la réaction de Herxheimer : gonflement momentané des lésions, augmentation de la suppuration et des sécrétions. Tout rentre dans l'ordre au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, mais il faut prévenir le malade pour qu'il ne croie pas à une nocivité du traitement. Ces réactions sont le plus souvent évitées en commençant par de faibles doses. Cette phase passée, l'amélioration se manifeste rapidement. En quelques injections, les œdèmes et les ganglions diminuent et disparaissent, en même temps que la fièvre s'il y en avait. Les sécrétions deviennent moins abondantes, les nodosités se flétrissent et se dessèchent. Dans tous les kérions que nous avons traités, nous avons constaté un affaissement complet après cinq

ou six piqûres. L'infiltration persiste un peu plus longtemps, et on a quelquefois besoin d'avoir recours au galvano-cautère pour évacuer par ponction une collection trop profondément enkystée. Puis les téguments reprennent peu à peu leur souplesse normale, et, au bout de quinze à vingt jours, un mois au plus, il ne reste plus que des zones d'alopécie rosées, les poils étant tombés avec les croûtes.

M. Ravaut insiste avec juste raison sur l'efficacité du traitement contre les folliculites aberrantes autour du kérion qui, nous l'avons vu, tendent à prolonger la maladie en donnant, surtout à la barbe, de nouveaux placards agminés. Dès les premières injections, ces folliculites se dessèchent et la lésion est toujours arrêtée dans son évolution.

Après une série d'injections intraveineuses, on n'a jamais observé des récidives, qui sont assez fréquentes après un traitement local insuffisamment prolongé. L'examen microscopique a d'ailleurs montré presque toujours la disparition des parasites. M. Ravaut signale cependant les faits suivants : « Il nous est arrivé deux fois de retrouver un trichophyton sur des poils dont le follicule avait un aspect normal. Ce fait nous paraît intéressant pour démontrer que l'iode n'agit pas directement sur le parasite en le détruisant, et que ce sont plutôt des réactions générales qui déterminent la guérison. Dans un autre ordre d'idées, nous constatons des faits absolument semblables : le bacille typhique se re-

trouve souvent longtemps après la guérison de la fièvre typhoïde. Aussi ne faudrait-il pas conclure par la constatation du parasite dans les lésions guéries, que la méthode est inefficace, car jamais nous n'avons observé de rechutes, et les parasites ont disparu d'eux-mêmes quelque temps après. »

On peut se demander de quel ordre sont ces « réactions qui déterminent la guérison. » Ici nous sommes réduits à des hypothèses basées sur ce que nous savons de l'action de l'iode par l'expérimentation. Les travaux de M. Lortat-Jacob et de M. Pouchet ont montré que des injections répétées d'iode à faible dose déterminent une forte hyperactivité du tissu lymphoïde, et il se produit dans le sang une hyperleucocytose avec prédominance de gros mononucléaires macrophages. Ceux-ci hâteraient la guérison amorcée par les polynucléaires, cause de la suppuration. D'autre part, MM. Bezançon et Marcel Labbé ont remarqué le rapport qui existe entre la mononucléose et l'immunité, et cela expliquerait l'absence de récidive, au moins momentanée, qui existe après le traitement par les injections de solution de Lugol.

Nous n'insisterons pas sur cette question, car nous voulons faire nôtre le mot de MM. Huchard et Fiessinger : « Nous n'aimons pas beaucoup les interprétations en thérapeutique. La constatation de l'effet utile nous suffit. »

Et maintenant, quelle sera la conduite à tenir du

médecin en présence d'une trichophytie suppurée ? La question du traitement interne ne se pose plus. Pour bien prouver l'efficacité de sa méthode, M. Ravaut n'employait pas de traitement local, ou seulement des compresses d'eau alcoolisée. Est-ce à dire qu'il faut rejeter complètement celui-ci ? Nous ne le croyons pas, et aujourd'hui que la preuve est faite, le praticien doit tout mettre en œuvre pour guérir le plus rapidement son malade. L'iode à l'intérieur agit au plus vite, et sans doute le traitement local n'a qu'une efficacité minime, mais il peut être utile pour éviter les infections secondaires banales qui se surajoutent quelquefois à la mycose et en prolongent l'évolution. Avec le Professeur Bodin, nous conseillons donc de faire une application quotidienne d'alcool iodé au 1/4 ou au 1/5. Entre temps, on fera des pansements humides à l'eau alcoolisée ou boriquée. Ces pansements font rapidement tomber les croûtes ramollies. Nous accordons nos préférences aux pansements humides avec la solution iodo-iodurée de Lugol diluée par moitié. Quand l'inflammation a rétrocédé, on peut employer les pommades, dont la meilleure nous semble être la pommade de bioxyde jaune de mercure.

Nous pensons, avec le Professeur Bodin, qu'en combinant ainsi le traitement interne avec les soins locaux, « on réalise le maximum d'action dans les délais les plus courts. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Observation inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Bodin

M... Edouard, 11 ans, gardien de bestiaux.

Vient à la consultation du Docteur Bodin, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, le 22 juillet 1927, pour un kérion du crâne. Le malade fournit très peu de renseignements sur le début des lésions, qui remonterait à trois semaines environ. Aucun traitement antérieur.

Le 22 juillet, l'examen nous montre :

1° Un énorme placard de folliculites agminées sous forme de kérion, situé à la partie postéro-supérieure du crâne. Ce placard est arrondi, de 5 centimètres de diamètre, et forme un relief de un centimètre et demi. Grosse inflammation et suppuration intense.

2° De petites inoculations de trichophytie érythémato-squameuse au niveau de la nuque et sur la paupière inférieure droite.

Entré à l'hôpital, le malade est soumis au traitement local suivant : ün attouchement quotidien d'alcool iodé et pansement humide.

Le 23 juillet : injection de 1 centimètre cube de liqueur de Gram (iode à 1 p. 300).

25 juillet : injection de 2 centimètres cubes.

27 juillet : injection de 2 centimètres cubes.

29 juillet : injection de 3 centimètres cubes.

1er août : injection de 5 centimètres cubes.

A ce moment, les lésions sont très améliorées. Le suintement a disparu. L'affaissement est certain, mais encore peu marqué dans une moitié de la lésion.

Les injections ont été très bien supportées et n'ont déterminé aucune induration veineuse.

6 août : injection de 5 centimètres cubes.

9 août : injection de 5 centimètres cubes.

Le 9 août, les lésions sont complètement affaissées et sèches.

L'amélioration est telle que l'on juge inutile de poursuivre le traitement interne. Pas d'induration veineuse.

On continue alcool iodé et pommade soufrée.

Le 20 août, le malade quitte le service, complètement guéri.

OBSERVATION II

Observation inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Bodin

H... Eugène, 45 ans, ouvrier agricole.

Vient à la consultation du Docteur Bodin le 2 décembre

1927 pour folliculites suppurées de la barbe. Entre dans le service le lendemain.

Le début des lésions remonte à un mois et leur progression a été depuis lors continue.

A son entrée à l'hôpital, le 3 décembre, le malade présente un kérion classique situé au niveau de la partie gauche du menton et de la région adjacente de la joue. C'est un placard ovalaire de 4 cm. 1/2 sur 3. Bords nets, surface surélevée de 4 ou 5 millimètres, couverte de croutes humides, jaunâtres, avec quelques pustules dans l'intervalle des croutes.

La base est infiltrée d'une manière diffuse.

Sur la joue gauche, trois ou quatre petites inoculations analogues de 1 centimètre de diamètre.

Pas d'adénopathie. Pas d'autres lésions cutanées.

Pas de symptômes viscéraux, sauf un peu de bronchite.

A eu des contacts avec divers animaux : vaches, chevaux.

Antécédents : Bronchites fréquentes.

Traitement local : badigeonnage quotidien à l'alcool iodé au 1/5 et pansement dans l'intervalle avec crème d'Alibour à 5 %.

3 décembre 1927 : 2 cc. 1/2 liqueur de Gram intraveineuse.

6 décembre : 4 cc. liqueur de Gram intraveineuse.

9 décembre : 6 cc. liqueur de Gram intraveineuse.

13 décembre : 4 cc. liqueur de Gram intraveineuse.

Le 14 décembre, les lésions sont complètement affaissées et presque complètement guéries. Aussi le malade veut quitter le service. Les injections ont été très bien supportées et n'ont amené aucune induration des veines. Il a suffi de quatre injections pour arrêter dans leur évolution et faire rétrocéder des lésions qui ne présentaient encore aucune tendance à la guérison spontanée.

Le malade est revu guéri huit jours plus tard.

OBSERVATION III

Observation inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Bodin

M. L..., 35 ans.

Vient à la consultation du Docteur Bodin le 27 décembre 1927 pour une lésion de la barbe dont le début remonte à 15 jours, qui a progressé continuellement et donne ce jour :

Kérion classique de la joue droite un peu au-dessous de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Le placard est ovalaire, 4 centimètres sur 3, très nettement saillant, à bords nets au-delà desquels la peau est saine. Sa surface est irrégulière avec des croutes dans l'intervalle desquelles on voit quelques pustules.

Au-dessous du menton une petite lésion analogue de 1 cm. 1/2 de diamètre environ.

Aucune autre lésion cutanée, pas d'adénopathie.

Très bien portant, aucun symptôme viscéral.

Aucun renseignement sur l'origine des lésions actuelles. Le malade se rase lui-même. Il n'a pas de contact avec les animaux, mais sa profession l'appelle souvent à la campagne où il surveille des travaux dans les fermes.

Antécédents personnels : rien à signaler.

Le 4 janvier, le traitement local par l'alcool iodé au 1/5 en badigeonnages quotidiens et par l'application d'une pommade au bioxyde jaune Hg à 1 % n'a donné en huit jours qu'une amélioration insignifiante. Il semble même que la pommade ait produit un certain degré d'irritation.

4 janvier 1928 : injection intraveineuse de 2 cc. de liqueur de Gram (iodé à 1/300). Continuation des badigeonnages à l'alcool iodé, pansement la nuit à l'eau d'Alibour diluée au 1/10.

7 janvier : injection intraveineuse de 4 cc. de liqueur de Gram.

10 janvier : injection intraveineuse de 6 cc. de liqueur de Gram.

L'amélioration est très marquée, la lésion presque complètement affaissée.

14 janvier : injection de 10 cc. de liqueur de Gram.

17 janvier : injection de 10 cc. de liqueur de Gram.

L'amélioration est telle qu'on arrête le traitement.

7 février : Le malade est revu guéri. Il ne persiste qu'un peu de rougeur.

Le traitement a été très bien supporté. Aucune induration veineuse, les injections ayant été diluées dans moitié d'eau distillée et faites très lentement.

OBSERVATION IV

Observation personnelle, prise dans le service du Docteur Ravaut

D... Louis, 13 ans.

Vient à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis le 19 janvier 1928 pour des folliculites suppurées de la nuque.

Le début remonterait aux premiers jours de novembre par un cercle érythématosquameux. Pas de renseignements sur la contamination.

Actuellement, il présente un kérion classique situé sur le côté gauche de la nuque. C'est un placard ovalaire de 5 centimètres sur 4 environ, à bords nets. Sa surface est recouverte de croutes entre lesquelles de nombreuses pustules laissent couler un pus jaunâtre. Grosse infiltration de toute la lésion.

Au-dessous de cette masse principale, de nombreuses folliculites aberrantes dont quelques-unes commencent à s'agminer.

Légère adénopathie du côté gauche, mais pas de troubles généraux.

L'examen des squames révèle la présence de mycelium et la cuti-réaction à la trichophytine est fortement positive.

Comme traitement antérieur, de simples pansements humides.

Le 20 janvier, on ordonne un traitement local par pan-

sements avec solution de Lugol et en même temps 2 cuillerées à café de Lugol à prendre par la bouche.

L'enfant n'est revu que le 28 janvier et l'amélioration étant négligeable, on fait une injection de 2 cc. de solution de Lugol (iode à 1 %).

31 janvier : Légère réaction focale après la piqûre. On suspend tout traitement local. Seconde injection de 5 cc. de Lugol.

3 février : injection de 8 cc. de Lugol.

L'amélioration des lésions est très sensible. Le suintement a presque disparu.

6 février : L'amélioration continue. Après sa dernière piqûre, l'enfant a présenté une légère réaction fébrile. Induration veineuse. Injection de 5 cc. de Lugol.

10 février : injection de 5 cc.

Les lésions sont complètement affaissées et ne suintent plus.

14 février : L'enfant est considéré comme guéri et peut rentrer en classe. Il continue à prendre du Lugol par la bouche.

N'a pas été revu.

OBSERVATION V

Observation personnelle, prise dans le service du Docteur Ravaut

L... René, 17 ans, aide-manœuvre à la gare de l'Est.

Vient à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis le 9 février 1928 pour un kérion de la nuque.

Début il y a quinze jours par un petit cercle squameux qui devint très vite pustuleux. A été traité par un médecin qui lui a fait appliquer des pansements humides. Ceux-ci ont fait tomber les croutes, mais, aux dires du malade, la lésion semble encore grandir.

Le 9 février, on constate un kérion, situé au niveau de la nuque, un peu à droite de la ligne médiane, arrondi, de 4 centimètres de diamètre environ. La lésion est infiltrée et la pression fait jaillir de nombreuses gouttelettes de pus à sa surface.

Folliculites isolées du côté gauche. Grosse adénopathie à droite. Pas de symptômes généraux, mais le malade présente un aspect souffreteux.

L'examen microscopique confirme le diagnostic de folliculites trichochytiques. Deux antiréactions à la trichophytine, faites l'une avec une culture de trichophyton gypséum, l'autre avec une culture de microsporon, sont toutes deux fortement positives.

Pas de traitement local.

9 février : injection intraveineuse de 2 cc. de Lugol.

11 février : injection de 4 cc.

14 février : injection de 5 cc.

Grosse amélioration, la lésion est presque complètement nivelée.

La suppuration a disparu. Les folliculites isolées sont guéries.

16 février : injection de 5 cc.

Induration veineuse.

18 février : injection de 5 cc.

21 février : injection de 5 cc.

23 février : injection de 5 cc.

L'infiltration disparaît sauf en un point, à la partie gauche du kérion, où il semble y avoir une petite collection profonde.

28 février : Ouverture spontanée d'un petit abcès, injection de 5 cc.

1er mars : Le malade est considéré comme guéri. Les téguments sont redevenus souples sur toute la lésion, qui se présente comme un cercle rosé avec quelques poils.

OBSERVATION VI

P. Ravaut, Ann. de Dermat. 1921

Fernand F..., 45 ans, commis marchand de vins.

A la fin d'octobre 1920, notre malade s'étant fait raser en dehors de chez lui, constate, quelques jours après, l'apparition dans la barbe d'éléments vésiculeux ; ils siègent surtout au niveau de la joue gauche. Peu à peu, les lésions augmentent d'intensité, s'étendent. Pendant les mois de novembre et décembre 1920, il se traite chez lui, mais sans aucun résultat ; il essaie successivement la teinture d'iode et diverses substances en application externe.

Au début de janvier 1921, il vient consulter à l'hôpital Broca. Il présente une trichophytie de la barbe des plus nettes ; les lésions sont disséminées dans toute la barbe, sauf la moustache ; il existe des lésions folliculaires disséminées, des nodules à type de kérion au niveau du cou

et, sur la joue gauche, au niveau du point initial, un gros placard de dermite vésiculo-pustuleuse, infecté secondairement.

Un examen microscopique montre des parasites en très grand nombre dans de nombreux poils prélevés en différentes régions. On commence un traitement par les Rayons X et une première application est faite le 6 janvier 1921 sur la joue gauche. Les autres régions sont traitées par des pansements humides à l'eau d'Alibour et des applications de teinture d'iode au tiers.

Un mois après, le 6 février 1921, nous constatons que les poils commencent à tomber dans la région irradiée ; les autres lésions ne sont pas modifiées et les poils sont toujours riches en parasites. Le malade se plaignant de la lenteur de l'évolution de cette affection nous demande une thérapeutique plus active et nous lui proposons des injections intraveineuses de solution de Lugol.

7 février 1921 : injection intraveineuse de 1 cc. de Lugol, diluée dans 5 cc. d'eau.

9 février : injection intraveineuse de 2 cc. de Lugol, diluée dans 5 cc. d'eau.

11 février : injection de 2 cc. 1/2 de Lugol dans 5 cc. d'eau.

12 février : injection de 4 cc. de Lugol dans 5 cc. d'eau.

Toutes ces injections ont été absolument indolores, n'ont déterminé aucune réaction, ni locale, ni générale ; les lésions se sont améliorées ; il ne s'est pas produit de nouveaux éléments ; la rougeur et l'inflammation ont considérablement diminué.

14 février : 5 cc. de Lugol, dilué dans 10 cc. d'eau.
16 février : 5 cc. de Lugol, dilué dans 10 cc. d'eau.
18 février : 5 cc. de Lugol, dilué dans 10 cc. d'eau.
21 février : 5 cc. de Lugol, dilué dans 10 cc. d'eau.

Légère réaction veineuse : sensibilité et rougeur de la veine pendant quelques heures après l'injection. Aussi diluons-nous la solution dans 15 cc. d'eau.

24 février : 5 cc. de Lugol dans 15 cc. d'eau.
26 février : 5 cc. de Lugol dans 15 cc. d'eau.

A partir de ce moment on peut considérer le malade comme guéri et tous les examens portant sur de nombreux poils sont négatifs.

Le 7 mars et le 14 mars 1921, nous réinjectons 5 cc. de Lugol par précaution, car les téguments sont redevenus normaux. Le malade peut se raser lui-même sans la moindre difficulté.

Nous l'avons revu un mois et demi après et la guérison se maintient complètement ; tous les examens microscopiques sont négatifs.

Notons que les dernières injections ont été suivies de légères réactions veineuses avec indurations locales qui, actuellement, ont disparu.

OBSERVATION VII

Ravaut et Boulin, Ann. de Dermat. 1922, *n°* 1

D... Arsène, 27 ans, charretier.

Vers le milieu du mois d'août 1921, le malade en atte-

lant un cheval s'écorche le menton sur un harnais. Quelques jours après, toute la région occupée par la barbe est envahie progressivement par une tuméfaction rouge sombre et douloureuse.

Il entre à l'hôpital au début de septembre. L'aspect est typique : le menton, les joues, les régions sus-hyoïdiennes et sous-maxillaires sont rouges, tuméfiées et surtout parsemées de placards, de nodules pustuleux et de croutes impétigineuses. La rougeur ne présente aucune limite nette et à distance du placard érythémateux principal, on note des éléments aberrants, rouges, papuleux. L'œdème dépasse l'étendue de l'érythème et envahit les lèvres. Les poils se détachent sans résistance. Les ganglions sous-maxillaires sont gros, douloureux. Du trismus empêche l'ouverture de la bouche. La température oscille entre 38° et 39°.

Cliniquement on pose le diagnostic de la barbe à type de kérion. Il est confirmé par le laboratoire qui montre l'existence au niveau des poils de très nombreuses spores. Les cultures ont donné naissance à un trychophyton violaceum. Le traitement prescrit est le suivant : extérieurement aucun antiseptique, uniquement des pulvérisations d'eau bouillie ; intérieurement, injection intraveineuse quotidienne de solution iodo-iodurée de lugol ; on commence par 1 cc. et l'on augmente chaque jour de cette même dose, jusqu'à concurrence de 5 cc., dose qui n'est pas dépassée ; le lugol est utilisé dilué dans 20 cc. de sérum physiologique, aussi les réactions locales sont-elles minimes.

Ce traitement est mis en œuvre le 10 septembre. Dès la première injection la température retombe à la normale. Dès la 4e, on est frappé par la disparition du trismus, de l'œdème, la diminution de la suppuration, l'atténuation de la rougeur. A la 8e injection, les lésions sont en pleine cicatrisation, le malade peut être considéré comme guéri ; à l'examen de nombreux poils, prélevés en divers endroits, on ne trouve plus de trichophytons. A la périphérie, persistent quelques rares éléments de folliculites suppurées dues à des infections secondaires : des injections de vaccin (Propidon) les font rapidement disparaître.

OBSERVATION VIII

Couppey. Thèse de Paris, 1922

C... Marcel, 28 ans, employé de commerce.

Vers la fin de décembre 1921, le malade s'aperçoit de l'apparition progressive dans la barbe de petits éléments vésiculeux siégeant dans la région sous-maxillaire droite. (Les commémoratifs ne donnaient aucun renseignement sur la contagion.) Peu à peu les lésions s'étendent, de nouveaux éléments apparaissent sur la joue droite.

Le malade vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 12 janvier 1922 et entre le 13 janvier dans le service de M. Ravaut.

A l'examen, on constate : 1° au-dessus de l'angle droit de la mâchoire inférieure un placard surélevé « en maca-

ron » des dimensions d'une pièce de 5 francs, de folliculites agminées, avec infiltration du derme et du tissu cellulaire sous-cutané ; 2° sur la joue droite, près de la commissure labiale, des lésions folliculaires impétiginisées.

Les ganglions sous-maxillaires sont volumineux et un peu douloureux.

On pose le diagnostic de trichophytie de la barbe à type de kérion.

L'examen microscopique des poils de la barbe dénote la présence de chapelets de spores. Les cultures donnèrent naissance à un trichophyton violaceum.

Le malade est mis au traitement par la solution de Lugol.

Le 16 janvier, injection intraveineuse de 5 cc. de Lugol. Le kérion semble s'affaisser.

Les 17 et 18 janvier, injection intraveineuse de 5 cc. de Lugol.

Les lésions sèchent, l'impetigo se limite, l'infiltration dermique diminue ainsi que le prurit. Malheureusement, les veines permettent difficilement l'injection. On continue le traitement par voie buccale et l'on donne 3 à 5 cuillerées à soupe par jour.

Le 21 janvier, la plaque d'impétigo est tombée spontanément.

Le 25 janvier, le malade demande à sortir de l'hôpital. On lui recommande de continuer le traitement par voie buccale.

Le 28 janvier, il se présente à la Polyclinique Caze-

nave : le gros macaron a disparu, mais on constate à son niveau une infection staphylo-coccique d'ordre local. On prescrit un pansement alcoolisé (le premier traitement externe depuis l'entrée du malade à l'hôpital) et 5 cuillerées à soupe par jour de solution de Lugol.

Le 1er février, quelques éléments de folliculites suppurées persistent, on les touche au galvanocautère.

Le malade n'a plus été revu.

OBSERVATION IX

C. Maderna Riforma Medica, 1922

A. Luigi di Antonio, 34 ans, de Naples, valet de chambre.

Diagnostic : Sycosis trichophytique de la barbe. L'infection date de douze jours.

21 janvier 1922 : première injection de 1 cc. de liqueur de Gram (iode à 1/300.

24 janvier : seconde injection de 2 cc.

27 janvier : troisième injection de 3 cc.

29 janvier : L'infiltration est allée en se réduisant notablement. La sécrétion des orifices folliculaires est tarie. Injection de 4 cc.

3 février : cinquième injection de 5 cc.

6 février : sixième injection de 5 cc.

9 février : septième injection de 5 cc.

L'affection est cliniquement guérie. L'examen microscopique est négatif.

OBSERVATION X

C. Maderna Riforma Medica, 1922

L. Antonio di Raffaele, 40 ans, de Naples, employé.

Diagnostic : Sycosis trichophytique de la barbe.

Examen microscopique positif. L'affection date de quinze jours.

12 janvier 1922 : première injection intraveineuse de 1 cc. de solution iodo iodurée (à 1/300).

15 janvier : seconde injection de 2 cc.

18 janvier : troisième injection de 3 cc.

21 janvier : quatrième injection de 4 cc.

24 janvier : L'infiltration périfolliculaire est allée en se réduisant notablement. La sécrétion des orifices folliculaires est tarie. Injection de 5 cc.

27 janvier, 30 janvier, 2 et 5 février : injection de 5 cc. chaque fois.

L'affection est cliniquement guérie. Plusieurs examens microscopiques ont été négatifs. Revu un mois après. Aucune récidive.

OBSERVATION XI

Jeanselme et Burnier. Soc. Fr. Derm. Juillet 1923

C... Arthur, 52 ans, marchand forain.

Est adressé par son médecin pour une tuméfaction végétante volumineuse du poignet droit datant de trois semaines environ. Cette tumeur de consistance assez ferme,

de coloration rouge violacée mamelonnée, fissurée, laissait sourdre à la pression des gouttelettes de pus jaunâtre, et fluide par de nombreux pertuis. Le diagnostic qui se posait était celui de trichophytie suppurée, particulièrement saillante et exubérante.

L'interrogatoire du malade nous apprit qu'il avait un cheval dont les poils tombaient abondamment. Ces poils, examinés, donnèrent une culture de trichophyton gypseum.

Divers traitements avaient été appliqués jusqu'alors par le médecin, pansements humides, pommades et même badigeonnages à la teinture d'iode, mais aucun sans résultat.

Le malade reçoit deux injections intraveineuses de 5 cc. de liqueur de Gram dans 20 cc. de sérum artificiel à huit jours d'intervalle.

Après la seconde injection, la lésion si végétante est complètement affaissée.

La première injection avait été parfaitement supportée. Après la deuxième, le malade se plaignit seulement d'avoir été mal à l'aise pendant la nuit.

OBSERVATION XII

Jeanselme et Burnier. Soc. Fr. de Dermat. Juillet 1923

Mme L..., 25 ans.

Vient consulter le 20 mai 1923 pour une lésion de la fesse gauche. A l'examen, on constate un placard rouge, arrondi, infiltré, saillant, à bords nettement limités,

squameux à la périphérie et laissant sourdre à la pression de la zone centrale des gouttelettes de pus grumeleux et jaunâtre. Un ensemencement est immédiatement pratiqué et donne des cultures pures de trichophyton gypseum. Dix jours plus tard, un autre placard arrondi, rouge, squameux, mais non infiltré, ayant l'aspect de l'Herpès circiné, est apparu sur la fesse droite, vis-à-vis du placard précédent par contamination directe.

Restait à élucider la cause du siège de cette trichophytie.

L'interrogatoire de la malade nous apprit qu'elle soignait les chevaux et qu'elle avait l'habitude de se traîner par terre dans l'écurie et de s'accroupir avec un pantalon non fermé sur la paille ayant déjà servi de litière dans des wagons à chevaux.

Trois injections intraveineuses de liqueur de Gram à six jours d'intervalle amenèrent l'affaissement du placard de la fesse gauche et la disparition de celui de la fesse droite.

OBSERVATION XIII

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat. Juin 1927

N... Soladislov, 40 ans, gardien de bestiaux.

Ce malade vient consulter à l'hôpital Saint-Louis le 24 août 1923 pour une tuméfaction douloureuse siégeant dans la barbe au niveau du maxillaire inférieur ; cette lésion s'accompagne d'une gêne très marquée de l'ouverture de la bouche.

L'affection a commencé six semaines auparavant par une tache rouge apparue sur l'avant-bras droit. Cette tache s'est étendue progressivement en tache d'huile circulairement ; de nouveaux points sont apparus dans le voisinage ; ce n'est que quinze jours après que le menton a été atteint ; très rapidement la barbe entière a été envahie en même temps que de nouvelles taches apparaissaient sur l'avant-bras gauche.

Les lésions augmentant continuellement, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, le 14 août 1923, on constate :

1° Au niveau de la face, dans la région sous-maxillaire droite, une tuméfaction indurée, suppurée, formée de nodules infiltrés folliculaires dont le centre présente un placard de folliculites agminées à forme de kérion ; toute la région sous-maxillaire est envahie et l'œdème déterminant un véritable trismus réflexe empêche le malade d'ouvrir la bouche et de la fermer complètement. Il souffre en outre d'élancements, de douleurs irradiées dans l'oreille droite.

Le reste de la barbe est envahi de très nombreuses folliculites.

2° Au niveau de l'avant-bras droit, un placard trichophytique très net de la dimension de la paume de la main, d'autres plus petits et de nombreuses folliculites suppurées.

3° Au niveau de l'avant-bras gauche, quelques points initiaux ressemblant tout à fait à des lésions de parakératose.

Le diagnostic clinique ne fait pas de doute : il s'agit certainement de trichophytie de toute la barbe à type de kérion avec folliculites suppurées et une trichophytie sèche et suppurée des avants-bras.

L'examen microscopique des poils confirme ce diagnostic et montre de nombreux parasites. La culture a donné un trichophyton du type faviforme.

Nous apprenons enfin que ce malade a soigné des bestiaux atteints d'une affection cutanée s'accompagnant de lésions semblables. Sa femme, qui travaille à la même ferme, présente également, sur le dos des mains, des placards analogues.

Le traitement est aussitôt commencé par injections intraveineuses de solution de Lugol.

24 août : injection de 5 cc. de solution, diluée dans 20 cc. de sérum physiologique.

26 août : injection de 5 cc. de solution, diluée dans 20 cc. de sérum physiologique.

A la suite de ces deux injections, le malade présente une véritable exacerbération des lésions avec augmentation de la suppuration et de l'œdème ; les douleurs sont plus vives, le trismus plus marqué et l'insomnie complète.

28 août : injection de 5 cc.

A partir de ce moment les lésions s'affaissent et diminuent d'intensité ; il est facile de limiter les abcès qui sont ouverts au thermo-cautère.

31 août : injection de 10 cc.

Le malade ne souffre plus, dort et mange plus facilement.

3, 5, 8, 10, 12, 14, 17, 19 septembre : injection de 5 à 10 cc.

A la suite de cette douzième injection le malade se sent très bien et demande à sortir. Il quitte l'hôpital vingt-cinq jours après son entrée.

Les placards sont complètement affaissés, les lésions sont sèches et squameuses. Le malade qui, à son entrée, était pâle, amaigri, exténué, a maintenant un teint rose et aengraissé.

On lui recommande de prendre par la bouche de la solution de Lugol.

Ce malade n'a pas été revu.

OBSERVATION XIV

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat. Juin 1927

X..., 35 ans.

Il vient consulter en octobre 1923 à l'hôpital Saint-Louis pour un placard arrondi, infiltré, surélevé, de la dimension de la paume de la main, siégeant dans la région sous-maxillaire droite et pour laquelle le diagnostic de kérion de la barbe s'impose.

L'examen des poils de la barbe montre la présence de nombreux parasites.

Cette lésion dure depuis trois semaines. Pas d'autres localisations.

Le malade, ne voulant pas entrer à l'hôpital, prend par la bouche trois cuillerées à soupe de solution de Lugol par 24 heures.

Il reçoit cependant une première injection intraveineuse de 5 cc. de solution de Lugol et une seconde trois jours après de 10 cc.

Au moment de cette seconde injection, il présentait déjà une exacerbation très vive de la lésion avec douleurs et trismus ; il fallut insister pour faire la seconde injection, car le malade attribuait à tort cette réaction à un effet nocif de la solution.

Il ne revient plus à l'hôpital ; au bout d'un mois, il se présente à notre consultation, demandant le renouvellement de son ordonnance. Il nous apprend qu'il avait continué de prendre par la bouche la solution de Lugol et s'en était fort bien trouvé. A ce moment les lésions avaient presque complètement disparu ; plus de suppuration, persistance de quelques lésions crouteuses cicatricielles.

OBSERVATION XV

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat. Juin 1927

K..., René, 9 ans.

Cet enfant entre à l'hôpital Saint-Louis dans notre service, le 14 novembre 1923, pour des lésions diffuses de la tête et du thorax, dont le début remonte aux premiers jours d'octobre. Elles ont commencé par des plaques rouges siégeant sur la face antérieure de la poitrine, puis dans le cuir chevelu sont apparues des lésions suppurées qui, ne cessant pas d'augmenter, décident ses parents à le conduire à la consultation.

Le 14 novembre 1923, on constate :

1° Au niveau du cou et sur la région supérieure du thorax, des placards rouges circulaires de trichophytie cutanée simple ;

2° A la région temporo-malaire droite, un placard arrondi, surélevé, infiltré de folliculites agminées et suppurées ; cette lésion de la dimension d'une pièce de cinq francs présente quelques points folliculaires suppurés ;

3° En arrière de l'oreille droite, un autre placard plus suppuré et plus saillant de la dimension de pièce de un franc ayant tous les caractères du kérion ;

4° Un autre placard de même dimension dans la région temporale droite ;

5° Même lésion en arrière de l'oreille gauche.

Le diagnostic clinique de kérion est confirmé par l'examen des poils de ces diverses régions montrant de nombreux parasites. Sa sœur, qui l'accompagne, montre sur l'avant-bras droit un placard de trichophytie cutanée.

Le 14 novembre, il reçoit une injection intraveineuse de 2 cc de solution de Lugol.

De la vaseline iodée est appliquée sur les lésions banales du thorax qui disparaissent en quelques jours.

Dès la première injection, les placards de kérion s'affaissent et cessent de suinter.

A ce moment l'enfant a une angine pendant laquelle on suspend le traitement par injections.

Le traitement est repris par voie buccale et du 22 novembre au 3 décembre on lui donne trois cuillerées à café de solution de Lugol par 24 heures.

Le 1er décembre, on lui fait en outre une injection intraveineuse de 5 cc.

Le 3 décembre, l'enfant sort de l'hôpital complètement guéri ; les placards sont affaissés et remplacés par de grandes taches claires au niveau desquelles les cheveux sont tombés.

L'enfant continue à prendre du Lugol par voie buccale ; il est réexaminé dans le courant de décembre en parfait état.

OBSERVATION XVI

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat. Juin 1927

D... Louis, 26 ans, représentant de commerce.

Ce malade vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 6 décembre 1923 et entre le même jour dans le service, salle Cazenave, pour des lésions rouges, surélevées, suppurées de la barbe.

L'affection a débuté un mois et demi auparavant par un placard rouge surélevé de la région sus-hyoïdienne. Ces lésions ont suinté dès leur début ; on lui a donné de l'iodure de potassium à des doses qu'il ne connaît pas : il aurait pris environ un quart de litre d'une solution dont il ne connaît pas le titre.

Malgré ce traitement, les lésions se sont étendues à toute la barbe et suppurent abondamment. Depuis quelques jours, trois autres éléments sont apparus sur l'avant-bras gauche.

Le 6 décembre 1923, ce malade présente :

1° Dans toute la barbe des éléments de folliculites suppurées, agminées en certains points, surtout dans la région mentonnière, et réalisant de nombreux foyers de kérion. Quelques éléments disséminés dans la moustache.

Toute la barbe est envahie et la région sous-maxillaire est fortement œdématiée et très douloureuse ;

2° Au niveau du poignet gauche, trois grosses folliculites suppurées, presque furonculeuses d'aspect ;

3° Sur les épaules, quelques placards rouges, squameux, secs, d'aspect parakératosique.

Le diagnostic de kérion de la barbe avec folliculites trichophytiques suppurées nombreuses et de lésions parakératosiques trichophytiques s'impose. Il est confirmé par les examens microscopiques montrant d'abondants parasites.

Le 7 décembre, le malade est mis au traitement. On lui donne trois cuillerées à soupe de solution de Lugol par 24 heures et on injecte dans les veines 5 cc. de cette solution.

10 décembre : injection de 10 cc.

Après cette seconde injection, grosse réaction inflammatoire des lésions de la barbe et du poignet.

12 décembre : injection de 7 cc.

14 décembre : injection de 10 cc.

Ces deux injections sont assez douloureuses et quelques gouttes ont dû filtrer en dehors de la veine.

Les lésions commencent à s'affaisser ; celles du poignet ne suppurent plus et prennent une teinte violacée.

16 décembre : injection de 10 cc.

19 décembre : injection de 10 cc.

21, 24, 26, 29 décembre : injections de 5 à 10 cc.

Les doses n'ont pu être portées à 10 cc., car il existe des réactions veineuses douloureuses avec œdème du bras.

Le 29 décembre, les lésions sont complètement affaissées, sèches.

L'examen des poils ne permet pas de constater de parasites le 31 décembre.

A ce moment le malade peut être considéré comme guéri et demande à sortir de l'hôpital.

OBSERVATION XVII

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat. Juin 1927

G..., 24 ans, ouvrier de ferme.

Vient à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis, le 13 décembre 1923, pour des folliculites suppurées s'étendant à toute la barbe. Il entre dans notre service, salle Cazenave, le 14 décembre 1923.

Ces accidents ont débuté cinq semaines auparavant par une lésion siégeant au niveau du menton ; depuis, ils n'ont cessé d'augmenter ; chaque fois que le malade se rasait ,de nouveaux points apparaissaient et ont envahi peu à peu toute la barbe.

A son entrée, le 14 décembre 1923, il présente :

1° Au niveau de la barbe, des lésions de kérion localisées au menton, et dans toute la barbe des folliculites diffuses, suppurées, à divers stades d'évolution ; rien dans la moustache.

En outre, œdème considérable de toute la région envahie.

2° Au niveau de la main et du poignet droits, depuis dix jours, deux disques de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, ayant tous les caractères de la trichophytie cutanée ; quelques points folliculaires suppurés dans la périphérie de la lésion.

3° Au cou, sur le bras gauche, quelques placards secs à type de parakétose.

Le diagnostic de kérion, de folliculite et de parakétose trichophytiques est confirmé par l'examen des poils et des squames qui montrent de nombreux parasites.

Le 15 décembre, le malade commence son traitement. Il prend par la bouche trois cuillerées à soupe de solution de Lugol dans vingt-quatre heures. En outre, il reçoit :

15 décembre : injection intraveineuse de 5 cc. de solution de Lugol.

17 décembre : injection intraveineuse de 5 cc. de solution de Lugol.

Réaction locale très violente, avec augmentation de la suppuration et de l'œdème qui encadre toute la région inférieure du maxillaire. Les éléments de la main et du poignet droits présentent la même poussée, et les nodules périphériques sont particulièrement saillants.

20 décembre : injection intraveineuse de 10 cc.

Affaissement de toutes les lésions. Au poignet, les nodules sèchent, et à leur place apparaissent des croûtes.

22 décembre : injection intraveineuse de 10 cc.

Les éléments du poignet ont disparu, les croûtes tombent à la suite d'un grattage.

24 décembre : injection de 10 cc.

26 décembre : injection de 10 cc.

L'œdème de la face a complètement disparu ; il persiste encore un peu de suintement. Les éléments du poignet ont complètement disparu.

28 décembre : injection de 10 cc.

Le suintement a disparu. Cicatrisation des lésions folliculaires. La suppuration est tarie. L'infiltration est à peine marquée au niveau de la pointe du menton.

Ce malade quitte l'hôpital au bout de quinze jours de traitement, en parfait état, mais non guéri, car à sa sortie, le 31 décembre, on constatait encore des parasites.

OBSERVATION XVIII

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat., juin 1927

C... Lucien, 27 ans.

Vient consulter à l'Hôpital Saint-Louis, le 20 décembre 1923, pour des placards croûteux de la lèvre supérieure durant depuis un mois.

Le 20 décembre 1923, l'examen montre :

1° Au niveau de la lèvre supérieure, une tuméfaction considérable de celle-ci, formée de points suppurés et

de croûtes s'entendant sur 7 centimètres de largeur. Gêne considérable dont se plaint le malade.

2° Autour de cette région, folliculites acuminées érythémateuses non suppurées.

3° Au niveau de la nuque, un placard de trichophytie cutanée typique non suppurée de la dimension d'une pièce de un franc.

4° Au niveau du poignet, un placard de 1 centimètre de diamètre, érythémateux, formé d'éléments acuminés et groupés.

Le diagnostic de sycosis trichophytique est confirmé par l'examen d'un poil de la moustache et l'extension de la lésion à certaines régions (nuque et poignet).

Du 20 décembre 1923 au 11 janvier 1924, le malade prend régulièrement chaque jour trois cuillerées à soupe de la solution de Lugol. Il reçoit en outre dix injections intraveineuses de cette solution, variant de 5 à 10 cc., diluée dans de l'eau distillée ou dans le propre sang du malade retiré par aspiration dans la seringue.

Dès la seconde injection, exacerbation passagère de toutes les lésions.

A partir de la sixième injection, les lésions s'affaissent et le malade ne souffre plus.

A la neuvième injection, le suitement a disparu, les croûtes se dessèchent.

Les nodules du poignet et de la nuque se sont effacés.

Ce malade a été perdu de vue, car il a été rappelé auprès de sa femme gravement malade.

En tout cas, les lésions s'étaient considérablement améliorées après vingt et un jours de traitement.

Dans l'intervalle, ce malade nous avait présenté sa fille pour une plaque de trichophytie cutanée qui guérit très facilement par un traitement externe.

OBSERVATION XIX

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat., juin 1927

G... Roland, 19 ans, dessinateur.

Entré à l'Hôpital Saint-Louis le 19 janvier 1924, pour des folliculites suppurées agminées du menton et des joues durant depuis dix jours.

La lésion a débuté au niveau du côté gauche du maxillaire, par des folliculites suppurées qui très rapidement s'étendirent malgré des applications de pommades variées.

Huit jours auparavant, le malade avait porté un déguisement avec une perruque.

A son entrée à l'hôpital, il présente :

1° Au niveau du menton, à la région maxillaire gauche, à la région molaire droite, une quinzaine de macarons saillants, formés de folliculites agminées suppurant.

2° Dans le reste de la barbe, de petites folliculites non encore suppurées.

3° Au niveau de la tabatière anatomique de la main gauche, un placard de trichophytie cutanée de 2 centimètres de diamètre.

Le diagnostic de trichophytie suppurée à type de kérion est confirmé par l'examen des poils de la barbe.

A partir du 19 janvier 1924, ce malade prend chaque jour trois cuillerées à soupe de solution de Lugol. En outre :

Le 19 janvier : injection intraveineuse de 5 cc. de solution de Lugol.

Le 22 janvier : injection intraveineuse de 5 cc. de solution de Lugol.

L'on ne constate pas de réaction locale comme d'habitude.

Dès la seconde injection, les lésions s'affaissent et ne sont plus douloureuses.

Du 25 janvier au 4 février, il est fait cinq injections intraveineuses de 5 à 10 cc. de la solution de Lugol.

Le résultat thérapeutique est remarquable. Toutes les lésions sont affaissées et ne suppurent plus.

L'on constate encore des parasites dans les poils.

Le malade sort de l'hôpital en très bon état et continue le traitement par voie buccale. Après quinze jours de traitement, il peut reprendre son travail.

Nous revoyons le malade un mois plus tard, parfaitement guéri.

OBSERVATION XX

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat., juin 1927

H... Alfred, 35 ans, charretier.

Vient à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis, le 3 janvier 1924, pour des placards croûteux et suintants de la barbe.

L'affection a débuté il y a un mois, par un essaim de folliculites au niveau du menton ; la lésion s'est étendue rapidement malgré divers traitements.

Le 3 janvier 1924, il présente sur tout le menton, sur la joue gauche, des folliculites suppurées formant un énorme placard très œdémateux, suppurant et gênant considérablement le malade, qui ouvre avec peine la bouche.

Rien d'autre sur la surface du corps.

Il reçoit aussitôt comme traitement deux cuillerées à soupe par jour de solution de Lugol, et deux fois par semaine une injection intraveineuse de 10 cc. de cette même solution.

Après la seconde injection, forte réaction.

Après la quatrième injection, affaissement progressif des lésions. Après la dixième injection, le malade est considéré comme guéri.

Comme traitement local, le malade n'a eu, au début de sa maladie, que des compresses humides d'eau bouillie.

OBSERVATION XXI

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat., juin 1927

C..., âgée de 60 ans, ménagère.

Elle vient à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis, le 10 avril 1925.

Elle nous montre une main gauche toute tuméfiée, rouge, violacée ; sur la face dorsale, on voit une nappe infiltrée s'étendant jusqu'à la moitié des doigts d'une

part, intéressant le pouce et remontant au-dessus du poignet d'autre part. Cette nappe est parsemée de multiples folliculites suppurées, et sa bordure est faite d'une série de petites pustulettes. La malade ne peut mouvoir ses doigts ni son poignet ; elle souffre en outre d'une adénite axillaire inflammatoire.

La malade nous raconte que l'affection a débuté sur le dos de la main ,par une petite tache rouge qui s'est étendue progressivement par son bord, puis a suppuré et a atteint les dimensions actuelles le quinzième jour. On pense de suite à une affection parasitaire, que confirme l'examen extemporané. Les cultures pratiquées ont donné un trichophyton qui a été identifié au Tr. gypeum.

On fait ce même jour une injection de trichophytine au niveau du bras opposé, et nous constatons le lendemain une très forte réaction inflammatoire qui va durer quelques jours.

Le 11 avril, la malade reçoit 5 cc. de lugol intraveineux.

Le 13, la malade reçoit 10 cc. de lugol intraveineux.

Le 15, l'amélioration est très nette : la malade peut remuer ses doigts, le poignet est mobile, la suppuration est beaucoup diminuée, les lésions du dos de la main sont comme flétries, la bordure a cessé de progresser. On injecte de nouveau 10 cc. de lugol.

Le 17, nouvelle injection de 10 cc. L'amélioration est très rapide.

Le 20, la malade est presque guérie, mais les veines ayant été oblitérées par les injections de lugol, on admi-

nistre le lugol par voie buccale, à la dose de deux cuillerées à soupe par jour.

Nous revoyons la malade le 30 : elle est complètement guérie.

OBSERVATION XXII

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat., juin 1927

Ma..., cultivateur.

Ce malade est adressé, le 28 avril 1925, à l'Hôpital Saint-Louis. C'est un cultivateur des environs de Prov..., qui nous dit avoir remarqué, le 14 avril, une petite plaque saillante de la région sous-maxillaire du côté droit. Très rapidement, en quelques jours, toute la région cervicale droite est envahie par une tuméfaction énorme, saillante, rouge, chaude, douloureuse, ayant l'apparence d'un phlegmon, qui va depuis l'oreille jusqu'à la région sterno-claviculaire. A ce moment, il est conduit à un chirurgien d'un centre voisin, qui fait pratiquer, le 22 avril, un examen de pus. On lui répond : flore microbienne à prédominance de cocci à Gram +, pas de mycose. Il pratique de larges débridements au thermocautère et conseille des pansements humides, en même temps qu'on fera des injections de Propidon. Trois injections sont faites et provoquent de grosses réactions thermiques. L'état local ne se modifie pas sensiblement et une nouvelle plaque apparaît au niveau de la joue. C'est alors que nous voyons le malade. Toute la région du cou est profondément infiltrée, avec trois larges orifices agmi-

nés ; la suppuration est abondante. Sur la joue, un placard de folliculites suppurées, un autre devant l'oreille. Le malade ne peut remuer la tête, il est inquiet devant l'envahissement des foyers. L'examen immédiat des poils montre qu'ils sont engainés de petites spores et nous permet d'affirmer la nature des lésions. Le malade reçoit des injections intraveineuses de solution de lugol tous les deux jours et l'absorption par la bouche de deux cuillerées de cette même solution chaque jour.

Le 29 avril 1926, l'on injecte 10 cc. de lugol ; le lendemain, grosse réaction focale, suintement abondant de sérosité, douleur et engourdissement de toute la région.

Le 1er mai : injection de 10 cc.

Le 3 mai : injection de 10 cc. Amélioration très sensible, cou moins dur, plus souple, suppuration très diminuée, tuméfaction beaucoup moindre.

Le 5 mai : nouvelle injection de 10 cc.

Le 7 mai : injection de 10 cc. Il y a une véritable transformation : cou très assoupli, macarons du visage complètement affaissés ; le suintement du cou est tari, mais les orifices du thermo-cautère sont encore béants.

Le 10 mai : sixième injection de 10 cc. Le malade est tout à fait bien.

Le 13 mai, nous revoyons le malade, qui ne porte plus qu'un tout petit pansement, ne souffre plus et a repris son travail.

Nous le considérons comme guéri et lui faisons cependant encore une injection de lugol et lui conseillons de

continuer le lugol par voie buccale pendant une quinzaine de jours.

Le malade est revu un mois après, en parfait état.

OBSERVATION XXIII

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat., juin 1927

D..., 35 ans, employé de bureau.

Vient nous consulter à l'Hôpital Saint-Louis, le 5 mars 1926.

Folliculites suppurées du visage occupant toute la barbe. Il nous raconte que l'affection a débuté le 14 janvier 1926, par quelques petites suppurations de la joue droite, puis de la joue gauche. (Son enfant avait été en vacances à la campagne et, de retour en novembre 1925, elle présentait des sortes de dartres volantes « allant en rond », pour lesquelles on la conduisit à une consultation d'hôpital où on lui prescrivit des applications de pommade au sulfate de cuivre. En décembre, l'enfant était complètement guérie.)

Du 14 au 23 janvier 1926, l'affection de la barbe progresse et, le 28 janvier, il va à la consultation de l'Hôpital Saint-Joseph, où on lui donne une pommade au sulfate de cuivre et des applications d'alcool iodé.

Le 1er février 1926, le malade, voyant ses lésions s'aggraver revient à la même consultation. Il lui est prescrit des gouttes d'éranol et une pommade iodo-iodurée.

Le 18, l'aggravation se poursuit : le cou est envahi par de nombreuses folliculites, avec de petits abcès assez pro-

fonds, de plus en plus nombreux.

On lui prescrit à ce moment une pommade au collargol, axonge, vaseline, qu'il doit laisser constamment. Cela forme, dit-il, « comme un bitume sur la figure », soulevé par places par le pus. Il présente en outre une inflammationmation des ganglions locaux.

Il se présente, le 3 mars 1926, à notre consultation de l'Hôpital Saint-Louis. A ce moment, toute la région de la barbe forme une vaste nappe infiltrée avec de petits points suppurants. En aucun point on ne note l'aspect en macarons. Le cou, qui normalement est mince, est profondément infiltré. Les chaînes cervicales et sterno-mastoïdiennes sont saillantes et visibles.

Cette infiltration ligneuse empêche le malade de tourner la tête ; les mouvements de la mâchoire sont pénibles. Il mange très peu, il a le teint pâle et amaigri.

On note en outre trois plaques d'herpès circiné au niveau de la région sterno-claviculaire, une autre au niveau du front ; elles dateraient d'un mois environ.

L'examen extemporané des poils montre de grosses spores carrées avec des filaments de spores dans les squames.

Des cultures sont faites.

Une injection à la trichophytine monovalente (Tr. niveum radians) est faite.

Le malade reçoit 10 cc. de lugol intraveineux et on donne par la bouche deux cuillerées à café de lugol par jour.

Le 8 mars, le malade revient fort ennuyé de son injection de trichophytine. L'injection a provoqué une inflam-

mation comme une paume de main, avec petite points folliculaires saillants. Nous le rassurons et faisons appliquer un pansement humide. Une nouvelle injection de 10 cc. est faite.

Le 9 mars : injection de 10 cc. de lugol.

Le 10 mars : injection de 10 cc. L'amélioration est maintenant sensible : le cou est désinfiltré, les lésions sont moins turgescentes, le malade peut remuer le cou.

Les 11, 12, 23, 14, 16 mars, injection chaque jour de 10 cc. de lugol, et, à partir de cette date, pansements locaux avec une solution de lugol.

L'amélioration, sensible le 10, se poursuit régulièrement de jour en jour. Le cou se libère peu à peu et on voit alors des folliculites qui s'isolent, sans toutefois présenter l'aspect saillant habituel. Les ganglions ont diminué nettement de volume.

Le 18, le 19 mars, nouvelles injections de lugol.

Le malade est très amélioré. Il a reçu onze injections de 10 cc. de lugol et, malgré que ses veines paraissent les supporter encore, on cesse le traitement et on le continue par voie buccale.

Le 22 mars, les lésions cutanées sont entièrement guéries, les folliculites très améliorées, mais de petits abcès persistent, surtout au niveau du cou.

L'examen des poils ne montre pas de parasites.

Il persiste encore une rougeur avec desquamation au niveau de l'injection de trichophytine.

Le 28 mars, le visage est guéri ; il subsiste au niveau du cou un bourrelet inflammatoire formant comme un collier. Les ganglions ont beaucoup régressé.

Le 6 avril, visage en bon état, peau du visage et du cou normale. Le bourrelet inflammatoire persiste ; on constate en certains points qu'il est ramolli et on vide au galvano-cautère les petits abcès, inclusions de poils malades. Une fois ces abcès vidés, la cicatrisation se fait vite.

Nous revoyons le malade le 13 avril, complètement guéri.

L'identification du parasite a montré qu'il s'agissait d'un trichophyton cérébriforme.

OBSERVATION XXIV

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat., juin 1927

T... A., 44 ans, plâtrier.

Se présente le 18 mars 1926 à notre consultation, à l'Hôpital Saint-Louis.

Il est porteur de nombreuses folliculites suppurées disséminées au visage. Le début remonte à un mois. Son médecin a prescrit des applications locales, des pansements sans résultats. Il a pris une solution d'iode par la bouche et les lésions se sont étendues, et de plus un gros placard sur la nuque est apparu.

A l'examen : larges macarons disséminés occupant la joue, le cou, qui est parsemé de plaques qui se réunissent en certains points. Au niveau de la nuque, large bande de folliculites suppurées rappelant l'acné chéloïdienne.

Le 18, à l'examen direct des poils, on trouve de nombreuses spores. Des cultures sont faites.

Une injection de trichophytine donne une grosse réaction avec infiltration et petites folliculites suppurées.

Le 18, on pratique une injection de lugol par voie veineuse de 10 cc.

Le 19, on pratique une injection intraveineuse de 10 cc. de lugol.

Le 20, injection de 10 cc. L'infiltration commence à diminuer.

Le 22, injection de 10 cc. L'amélioration est dès ce moment très sensible, l'infiltration beaucoup moindre.

Au niveau de la nuque, l'amélioration est plus marquée.

Le 24, injection de 10 cc. Grosse amélioration.

Le 26, injection de 10 cc. La recherche des poils parasités est négative.

Le 30, le malade revient, sa figure presque complètement nettoyée, lésions de la nuque entièrement planes.

Les veines sont indurées et on ne peut plus injecter de lugol. On prescrit donc un traitement de lugol par voie buccale.

Le 6 avril, le malade est actuellement complètement guéri. En deux semaines, il a reçu six injections de lugol, au total 60 cc. Aucun traitement local n'a été fait.

L'identification du parasite a été faite. Il s'agit d'un trichophyton cérébriforme.

OBSERVATION XXV

Ravaut, Duval et Rabeau. Ann. de Dermat., juin 1927

L... Georges, 29 ans.

Consultation le 25 février 1926. Folliculites du visage très étendues, datant de quinze jours.

Il y a un collier de macarons, qui dans la région sous-maxillaire se touchent, formant une sorte de gaine ; pas de lésions des joues, quelques follicules isolées ; pas de lésion de la moustache.

Au niveau du front, trois petites plaques érythémato-squameuses à bords circinés .

Aucun traitement, ni local, ni général, n'a été fait.

L'examen direct a été fait et montre une gaine de petites spores.

Des cultures ont été faites.

Une injection de trichophytine polyvalente est faite également.

Le 26 février, grosse réaction de l'injection de trichophytine, placard infiltré, rouge, avec folliculites minuscules.

Du 26 février au 5 mars, le malade reçoit sept injections d'hyposulfite de soude, jusqu'à 20 cc. intraveineux, sans amélioration sensible. Les lésions ne progressent pas, mais ne régressent pas non plus.

Le 5 mars 1926, injection de 10 cc. de lugol intraveineuse.

Le 7 mars 1926, injection de 10 cc. de lugol intraveineuse.

Le lendemain, on constate une amélioration très nette, un assouplissement du cou qui permet quelques mouvements.

9 mars : injection de 10 cc. On commence des pansements avec le lugol.

10 mars : injection de 5 cc. de lugol. L'amélioration continue et est assez rapide. Les petits macarons sont entièrement isolés et peu saillants.

12 mars : injection de 3 cc. de lugol.

L'injection est douloureuse et les veines sont maintenant indurées. On donne du lugol par la bouche ; les placards sont affaissés et on constate une amélioration très grande.

15 mars : La recherche des poils parasités est négative. Le cou est maintenant tout à fait souple.

20 mars : Nous voyons le malade complètement guéri.

L'identification des cultures a montré qu'il s'agissait du trichophyton gypseum.

Depuis le début du traitement au lugol, la guérison a été obtenue en deux semaines.

CONCLUSIONS

I. — La solution de Lugol par voie veineuse semble être actuellement la meilleure façon d'administrer l'iode contre les mycoses à type inflammatoire.

II. — Dans les trichophyties suppurées, qui, quoi qu'on dise, ne guérissent pas toujours spontanément en un temps court, ce traitement s'est montré très supérieur aux traitements externes appliqués jusqu'alors contre ces affections. D'une façon constante, il arrête les lésions dans leur évolution et assure une guérison en dix-huit à trente jours.

III. — La voie veineuse est la voie de choix : les indurations des veines sont un inconvénient bénin et peuvent être très souvent évitées par l'emploi d'une solution faible et d'une technique rigoureuse.

IV. — Souveraine dans les formes suppurées et inflammatoires, cette méthode peut être encore un

adjuvant précieux contre les trichophyties érythémato-squameuses à type d'herpès circiné, ainsi que l'ont montré de nombreux auteurs.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*

E. JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

P. Ravaut. — Trichophytie de la barbe rapidement guérie par les injections de liqueur de Gram (Lugol). (Ann. de Dermat. et de Syphil., 6e série, 11, 1921, p. 229.

P. Ravaut et Boulin. — Trichophytie de la barbe à type de Kérion, rapidement guérie par des injections intraveineuses de solution de Lugol. (Ann. de Dermat. et Syphil., n° 1, janvier 1922.)

Sabouraud. — A propos du traitement des trichophyties suppurées par la liqueur de Gram en injections intraveineuses. (Bull. Soc. Fr. de Dermat et Syphil., 1921, p. 333-335.)

Jeanselme et Burnier. — Trichophytie exubérante du poignet traitée avec succès par deux injections intraveineuses de liquide de Gram. Trichophytie suppurée des deux fesses. (Bull. Soc. Fr. de Dermat. et Syphil., 1923, p. 356-360.)

— Trichophytie de la fesse. (Bull. Soc. Fr. de Dermat. et Syphil., juillet 1926.)

A. Ledo. — Un cas de trichophytie cutanée traitée par des injections intraveineuses de liqueur de Gram. (Aeta Dermosifilog. (espagnol), XIV, 1922, p. 241-242.)

H. Bang. — Un cas de trichophytie de la barbe, traité par les injections intraveineuses d'iodure de potassium. (Hospitalstitende, LXV, 1922, n° 46 (danois).

Fanchèse (Fr.). — Le térapia di affezioni volgari et parassitorie della barba con iniezioni endovenose di soluzione iodo-iodurata. (Giornale ital. delle malattie vener. e della pelle, LXIII, 1922, p. 918.)

Maderna (C.) — Il Trattamento endovenoso col liquido di Lugol nella trichofizia. (Riforma Med., XXXVIII, 1922, p. 625-629.)

Ramorino. — Le traitement de la trichophytie par les injections intraveineuses de Lugol. (Annali di Med. navale et coloniale, mars-avril 1923.)

Salutzcki. — Traitement des trichophyties par les injections intraveineuses de solution de Lugol. (Vener. et Dermat. russes, 1924, n° 4, p. 32.)

Ravaut, Duval et Rabeau. — Traitement des kérions et de certaines follicules trichophytiques par les injections intraveineuses de solution du Lugol. (Ann. de Dermat et Syphil., VI° série, VIII, 1927, n° 6.)

Dong, Ngoc Dieu et Millous. — Traitement des trichophyties dans les pays chauds par les injections intraveineuses de liqueur iodo-iodurée. (Paris Médical, 13° année, n° 30, 28 juillet 1923, p. 88-89.)

Ferrant et Rabeau. — Sporotrichose végétante et verruqueuse. (Bull. Soc. Fr. Dermat et Syphil., 1923.)

Clément Simon. — Note sur les injections intraveineuses d'iodure de K. (Bull. de la Société Médicale des Hôpitaux, 3e série, XLI, nov. 1917.)

Cartier. — Contribution à l'étude de la médication iodique. (Thèse de Paris, 1919-1920.)

Gasquet. — Traitement des complications pulmonaires de la grippe par la saignée et les injections iodo-iodurées associées. (Thèse de Montpellier, 1919.)

Couppey. — Recherches sur l'emploi de la solution iodo-iodurée de Lugol en thérapeutique par voie veineuse et buccale. (Thèse de Paris, 1922.)

P. Ravaut, Reniac et Legroux. — Sur deux formes graves de grippe pulmonaire observées dans la région de Marseille. (Paris Médical, 16 nov. 1918.)

P. Ravaut. — L'importance des traitements internes en dermatologie. (Presse Médicale, n° 8, 28 janvier 1920.)

Bloch. — Un nouveau traitement des trichophyties et sa base scientifique. (Médecine, nov. 1923, p. 125.)

Briquet. — Le traitement ioduré (1897).

Pouchet. — L'iode et les iodiques (1906).

Tiffeneau. — L'iode et les iodiques. (Monde Médical, octobre 1923.)

Lortat-Jacob. — L'iode et les moyens de défense de l'organisme. (Thèse de Paris, 1903.)
— Monde Médical, 33e année, n° 633, octobre 1923.

Martinet. — Iode et créations défensives de l'organisme. (Tribune Médicale, nov. 1903, p. 389.

Clément Simon. — L'iode dans le traitement de la syphilis et des mycoses. (Monde Médical, octobre 1928.)

Sabouraud. — Les teignes (1910).

E. Bodin. — La question des teignes en 1912. (Rapport au 1er Congrès de Pathologie comparée.)
— Les trichophyties à dermite profonde. (Gazette médicale de France, janvier 1928, p. 25.)

L. Brocq. — Précis de Dermatologie.

Darier. — Précis de Dermatologie.

Spolverini. — Nouvelle méthode de traitement par les injections endoveineuses d'iode métallique. (Il Polyclinico, VIIM, 1900, p. 225 ; 1901, VIII, p. 289.)